

MRI・CT等 申込用紙兼紹介状（診療情報提供書） （令和4年4月）

申込日 年 月 日

紹介先医療機関名
 国立病院機構 **東埼玉病院**
 TEL048-769-1970
 FAX048-769-1971

医療機関名
 所在地
 TEL
 FAX
 科 医師名 印

フリガナ		TEL	()
患者氏名	男・女	住所	〒
T・S・H	年 月 日 歳		
現在の状況 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中	保険証 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災	東埼玉病院受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(患者番号)	
患者情報			
【移動形態】 歩行可・車いす・ストレッチャー 【手術歴】 無・有(年 月 術式)			
【感染症】 無・有(HCV・HBV・HIV・MRSA) 【妊娠】 無・有			

【傷病名・主症状・検査目的・指示等をご記入下さい】

病名 (例/ ○○疑)	症状/目的/指示など	現在の内服薬

【検査項目（1カ所）と検査部位をご指定下さい】

<input type="checkbox"/> MRI * 問診表	<input type="checkbox"/> 造影あり * 同意書	・頭部・頭部+MRA・副鼻腔・頸部・頸部MRA ・頸椎・胸椎・腰椎・骨盤部(造影不可)・他()
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 造影あり * 同意書	・頭部・頸部・胸部・他() ・上腹部(肝~腎)・下腹部(骨盤腔)・腹部(肝~骨盤腔)

・当院で採血検査をしてクレアチニン値を確認し造影検査の可否を判断します。
 ・造影検査不可の場合 → 単純撮影 希望 希望しない
 ↓ 採血検査分をご精算

*** は申込用紙と一緒にFAXをお願いします。**

<input type="checkbox"/> RI	・脳血流 ・心交感神経 ・Dat-scan(ダットスキャン) ・その他()
<input type="checkbox"/> 骨密度	・腰椎 ・腰椎+股関節(左右どちらか) 身長 cm 体重 kg

予約日 令和 年 月 日 ()	予約時間 午前・午後 時 分
------------------	----------------

※(患者さんへ) この用紙は検査時に受付へご提示ください。